

**Liebe Eltern,**

Sie werden mit Ihrem Kind \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ zu uns kommen.

Um die Untersuchungen optimal planen und uns auf Ihr Kommen vorbereiten zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen und zum Vorstellungstermin mitzubringen.

Seit wann hat ihr Kind Bauchschmerzen?

Wie häufig treten die Beschwerden auf?

Wie lange halten die Beschwerden an?

In welchem Teil des Bauches hat ihr Kind Schmerzen?

Was macht Ihr Kind, wenn es Bauchschmerzen hat?

Ist Ihr Kind von den Beschwerden in seinem Tagesablauf beeinträchtigt?

Treten die Bauchschmerzen zu einer bestimmten Tageszeit auf?

Wacht Ihr Kind nachts wegen der Beschwerden auf, wenn ja, wie häufig?

Wurde Ihr Kind wegen der Schmerzen schon aus Kindergarten/Schule nach Hause geschickt?

Gibt es Zusammenhänge zwischen den Beschwerden und besonderen Situationen, z.B. Schule/Ferien, Kindergartenzeit, Wochenende, Stresssituationen?

Besteht ein Zusammenhang mit den Mahlzeiten, wenn ja welcher?

Besteht ein Zusammenhang mit der Zufuhr von Milch oder Obst/Säften?

Klagt Ihr Kind über Übelkeit, erbricht Ihr Kind?

Hat Ihr Kind Durchfall? Wenn ja, wie oft am Tag?

Hat Ihr Kind regelmäßig Stuhlgang? Wie oft?

Nimmt Ihr Kind Medikamente, wenn ja welche und wie oft?



Höhenstraße 1, 41749 Viersen  
Tel.: 02162/54847-0, Fax: -29  
Mail: [info@kinderaerztin-viersen.de](mailto:info@kinderaerztin-viersen.de)

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**